

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

695

PAR

Yvonne MONTROZIER

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Née le 20 juillet 1908 à Saint-Victor et Melvieu (Aveyron)

Le chancre cutané
d'inoculation tuberculeuse

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1935

640

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yvonne MONTROZIER

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Née le 20 juillet 1908 à Saint-Victor et Melvieu (Aveyron)

Le chancre cutané d'inoculation tuberculeuse

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEIOL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne)..	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS . .	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHTER	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIE	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
USQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI		BASSET	
ALAIJOUANINE		BROCC	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	
LIAN		GUENIOT	
PASTEUR-VALLERY-		LE LORIER	Clinique Obstétricale.
RADOT		LEVY-SOLAL	
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ
Médecin de l'Hôpital Hérold

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail, en
hommage de profonde admiration et de re-
connaissance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYC
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Ce modeste témoignage de mon attachement.

A M. LE DOCTEUR DANIEL ROUTIER

Ma bien vive reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR HARTMAN
M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE DOCTEUR CHEVRIER

Externat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK
M. LE DOCTEUR LEMELAND
M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU
M. LE DOCTEUR RIVET
M. LE DOCTEUR BABONNEIX
M. LE DOCTEUR MILIAN
M. LE PROFESSEUR DEBRÉ

A M. LE DOCTEUR PIERRE SOULIÉ

Avec ma gratitude.

A M. LE DOCTEUR LAMY

A M. LE DOCTEUR SAENZ

A M. LE DOCTEUR BROCA

Qui ont bien voulu me guider dans ce travail.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Debré, un cas de chancre cutané consécutif à une inoculation tuberculeuse, survenu chez un nourrisson de quatre mois et demi.

C'est cette observation que nous voulons rapporter.

Elle nous a paru intéressante, non seulement parce qu'il n'y a eu jusqu'à ce jour que peu d'observations publiées sur ce sujet, mais encore par l'erreur de diagnostic qu'elle a entraînée. Et la constatation, chez un nourrisson en particulier, d'une ulcération persistante, accompagnée d'adénopathie non douloureuse dans le territoire correspondant, devrait faire pratiquer des recherches complémentaires pour en prouver la nature tuberculeuse.

C'est, d'autre part, une observation très complète, qui a donné lieu à de nombreux examens, tant du vivant de l'enfant qu'après sa mort, l'autopsie ayant en effet pu être pratiquée.

D'où l'intérêt clinique, anatomo-pathologique, bactériologique et pathogénique de cette observation.

Avant de la rapporter, nous rappellerons les traits essentiels du tableau clinique de l'affection, tels qu'ils ont été jusqu'alors décrits, et nous terminerons en dégagant les conclusions qui découlent des faits exposés.

HISTORIQUE

Le chancre cutané tuberculeux semble connu pour la première fois en 1883. M. Lindman, à cette époque, en publie deux cas, relatifs à une inoculation secondaire à la circoncision rituelle.

Peu après, en 1885, M. Tscherning publie pour la première fois une observation d'inoculation accidentelle incontestable (blessure par fragment de crachoir) chez l'adulte, et précise la durée de l'inoculation.

De nombreuses observations furent alors publiées tant en France qu'en Allemagne, et la première statistique fut donnée par M. Lehman (1886). Elle porte sur dix enfants inoculés au cours de la circoncision rituelle.

La thèse et les travaux de M. Verchères (1884-1887) résument les acquisitions de l'époque sur ce sujet, et font entrevoir le problème pathogénique auquel Barbier (1888) et ses élèves s'attachent, insistant sur la nécessité d'une solution de continuité de la peau, indispensable pour la pénétration du bacille.

En 1890, on trouve un nouveau travail de MM. Dubreuilh et Auché qui, à propos d'une nouvelle observation, remarquent que la plupart des

cas de chancre cutané tuberculeux, en dehors des tuberculoses de la verge, sont presque tous relatifs à des adultes.

Enfin en 1907, MM. Courmont et Lesieur étudiaient expérimentalement l'inoculation transcutanée de la tuberculose. Leur conclusion confirme celle de M. Barbier, et affirme la possibilité pour le bacille de Koch de traverser la peau saine.

Un peu plus tard, d'autres travaux pathogéniques ont été entrepris par M. Calmette. Ce n'est qu'en 1921 que paraît la première statistique importante, celle de M. Wolf portant sur cinquante-huit enfants, et concluant à la gravité du chancre cutané, la mort survenant dans 50 % des cas.

Nous ne rappellerons pas les nombreuses observations publiées depuis lors, plusieurs seront citées au cours de cette thèse. Disons seulement que plusieurs études importantes ont été faites sur ce sujet, en particulier par MM. L. Bernard, Lelong, Lamy et Mlle Gauthier-Villars, qui ont publié trois observations et une étude très complète. Mme Colin-Letailleur a écrit une thèse sur ce sujet.

Plus récemment encore, MM. Miget et Odinef, Troisier et Bariéty ont repris la question. Remarquons qu'à l'inverse de ce qu'avaient signalé MM. Dubreuilh et Auché, la majorité des cas publiés depuis plusieurs années, ressortissent à des chancres cutanés de l'enfant et du nourrisson.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Au point de vue étiologique, il faut insister sur la très grande fréquence de la solution de continuité des téguments. On retrouve en effet le plus souvent facilement la porte d'entrée du bacille.

Soit traumatique :

a) les cas les plus nombreux ressortissent à la circoncision rituelle (MM. Lehman, Eisenberg, Eve, Meyer, Holt, etc.).

b) blessure par fragment de crachoir (MM. Dencke, Tscherning), tesson de bouteille (M. Wahlgren) et même plaie minime par perforation du lobe de l'oreille (M. Combe).

Soit infectieuse :

Infection de la peau en apparence banale, mais qui, secondairement, évolue comme un chancre tuberculeux : croûte de lait (M. Combe), impetigo (MM. Dielt et Hallé), plus récemment M. Amsler, furoncle (MM. Avendano, thèse de Mme Colin-Letailleur), brûlure (M. Brissaud). Récemment, ont été publiés deux cas où l'inoculation s'est faite au niveau de lésions d'herpès (MM. Courtin, Craps).

Mais bien plus intéressants encore, sont les cas

où la porte d'entrée est passée inaperçue, ce qui est fréquemment réalisé dans l'inoculation au niveau de la muqueuse oculaire.

MM. Pehu et Dufour rapportent le cas de chancre de la région du sourcil, chez un nourrisson qui avait l'habitude de frotter le front contre le corsage d'une nourrice tuberculeuse.

MM. Milian et Delarue, celui d'une tuberculose de primo infection à type verruqueux, du pavillon de l'oreille, chez un enfant de 17 mois, embrassé par des tuberculeux avérés.

Trois cas de chancre sans porte d'entrée apparente : siégeant deux sur la joue, un dans la région présternale, sont relatés par MM. L. Bernard, Lelong, Lamy et Mlle Gauthier-Villars.

Il en est de même dans notre cas, où là encore, la mère affirme qu'il n'existait aucune lésion antérieure de la peau.

C'est à propos de ces cas que sont soulevés les problèmes pathogéniques que nous allons envisager.

Un fait frappe : la rareté du chancre tuberculeux de la peau, comparé à la fréquence extrême des risques de contamination par cette voie.

« De tous les organes du corps humain, la peau est celui qui offre les conditions les moins favorables à la pénétration et à la multiplication des bacilles » (Calmette).

Aussi a-t-on été amené à penser que la barrière épidermique était difficilement franchissable, et à discuter sur le mode de pénétration des bacilles.

Différents auteurs se sont occupés de la question :

1) Verchères, en 1884, insiste sur le rôle protecteur de la kératohyaline, et pense que le bacille ne peut pénétrer que là où elle manque, au niveau des orifices des glandes sudoripares et sébacées.

2) Barbier, en 1888, d'accord avec Chauveau, insiste sur la nécessité d'une solution de continuité : « L'épiderme, lorsqu'il est intact, est une barrière qui n'est pas illusoire, le derme lui-même ne se laisse pas facilement traverser » (Chauveau). Il conclut que le lieu d'élection pour la culture du bacille de Koch est constitué par le tissu cellulaire sous-cutané.

3) Cependant cette théorie n'est pas absolument conforme aux résultats expérimentaux obtenus par MM. Courmont et Lesieur, sur le passage du bacille à travers la peau chez les animaux. En effet, si ce passage est constant à travers la peau traumatisée (rasage ou épilation), il peut se faire également à travers la peau saine, laissant ou non la trace de sa pénétration sous forme d'un chancre de primo-infection.

4) Calmette fait jouer un rôle primordial aux leucocytes. Pour lui, les irritations cutanées favorisent la pénétration du bacille, par migration des leucocytes jusqu'aux interstices des cellules épidermiques.

5) Enfin, les recherches plus récentes de M. Woringer sur le rôle de défense de la peau dans

l'infection tuberculeuse, permettent de penser que le bacille de Koch ne se fixe sur les téguments, que dans les cas où leur capacité immunisante est diminuée.

Il semble en outre bien acquis, que le seul contact bacillifère, même au niveau d'une lésion cutanée, ne suffise pas à provoquer le chancre tuberculeux. Sinon, il serait plus fréquent.

D'autres facteurs doivent intervenir. On a montré l'importance du degré de virulence et de la quantité des bacilles.

De leurs recherches sur la capacité de résistance de la peau, MM. Podwissotzkaya et Linnikova concluent que, pour produire une ulcération avec adénopathie et généralisation, il faut des doses massives de bacilles, alors que peu de bacilles ne donnent rien, et que des doses moyennes donnent seulement des nodules avec adénite régionale.

De ces différentes recherches il résulte que, pour que l'inoculation se produise, il faut une solution de continuité des téguments. C'est dire l'intérêt qu'il y a chez l'enfant à traiter soigneusement toute lésion de la peau.

Un fait est bien certain : c'est que, comme pour la tuberculose pulmonaire, on retrouve chez l'enfant, dans tous les cas, le contagio familial.

Enfin, cette lésion est surtout le fait de l'enfant et d'autant plus qu'il est plus jeune. Le chancre tuberculeux n'est cependant pas exceptionnel chez l'adulte.

ÉTUDE CLINIQUE

Incubation :

Entre le moment du contagé et l'apparition de la lésion cutanée, s'écoule un temps variable qu'il est très souvent impossible de préciser. C'est la règle dans le cas de chancre survenant sans lésion apparente, à moins qu'il y ait eu un contact unique, et qu'on en puisse préciser la date (M. Rotnes).

Dans le cas de lésions infectieuses de la peau servant de porte d'entrée : impétigo, eczéma, herpès, non seulement la date de la contamination est impossible à préciser, mais aussi le début de la lésion tuberculeuse qui est masqué par la lésion initiale.

De même, dans l'inoculation au niveau d'une plaie, qui peut se produire à un moment variable.

Pour que cette durée puisse être précisée avec certitude, il faut que traumatisme et inoculation aient lieu simultanément, conditions réalisées dans l'inoculation au cours des circoncisions rituelles. L'incubation dans ce cas est variable : de 10 jours pour M. Lehman, elle serait pour M. Zarubin de trois semaines et de deux mois pour M. Eve.

Conditions réalisées aussi dans certaines inoculations accidentelles, et là encore, incubation très

variable : MM. Tscherning, Deneke, 14 jours et 6 semaines après blessure par fragment de crachoir ; de 5 semaines pour M. Siegl ; M. Rotnes cite récemment un cas où elle a duré un peu moins d'un mois. Enfin, pour M. Boeck, elle est de 4 mois.

Cette durée d'incubation est donc très variable, les dates extrêmes étant 10 jours et 4 mois. Les résultats sont en accord avec ceux obtenus par M. Robert Debré dans les cas où l'inoculation se fait par voie aérienne.

Les différents modes de début :

Cette période d'incubation écoulée, le chancre apparaît.

S'il siège le plus souvent à la verge dans les observations rapportées jusqu'ici, il peut aussi siéger à n'importe quel point du corps. Au visage : joues, front, lèvres, menton, oreille, œil. On a cité des cas de chancre du thorax (dos et région présternale), et des membres, surtout des mains et des pieds. Dans notre cas, il siégeait au pli inguinal.

Il semble plus fréquent au niveau des parties découvertes, en particulier au visage, surtout chez le tout petit. On conçoit que cette plus grande fréquence puisse s'expliquer, d'une part parce que ces régions sont les plus exposées aux traumatismes, et d'autre part parce qu'elles sont plus facilement et fréquemment en contact répété avec le bacille de Koch.

Le début du chancre est rarement constaté.

Dans le cas où la porte d'entrée est passée inaperçue, il se fait tantôt « par une petite tuméfaction », par un nodule ou par des boutons, rouges et douloureux, tantôt par une papule, inflammatoire ou non, au sommet de laquelle apparaît un point blanchâtre. Les lésions sont d'abord minimes. Dans tous les cas, rapidement, en quelques jours, elles s'ouvrent, donnant issue à du pus plus ou moins séreux.

M. Tscherning rapporte un cas où le début s'est fait par un panaris. Mais fréquemment la lésion initiale est constituée par une érosion d'abord très superficielle, qui va se transformer en ulcération plus ou moins profonde (MM. Bernard, Lelong et Lamy, Rotnes, Lesné), indolore le plus souvent.

Enfin, elle peut revêtir l'aspect d'une petite plaque bien limitée, de couleur cuivrée, recouverte de fines squames, dans les cas exceptionnels où le chancre d'inoculation se présente sous la forme de tuberculose verruqueuse (MM. Milian et Delarue).

Cette forme serait due à une inoculation très superficielle (brûlure, tatouage).

Au niveau de l'œil, la lésion se présente comme une kérato-conjonctivite aiguë (MM. Rist. Pellissier-Valtis).

Si l'inoculation est consécutive à une plaie, ou bien celle-ci persiste sans aucune tendance à la ci-

catrisation, et change de caractère au bout d'un certain temps. Elle devient violacée, suintante, entourée de lésions parakératosiques, sans suppuration franche ni phénomènes inflammatoires. Ou bien, après avoir évolué normalement pendant un temps variable, elle apparaît infectée et compliquée de lymphangite. Dans tous les cas, la plaie s'éternise, puis s'ulcère.

A la suite d'une plaie superficielle, MM. Queyrat et Laroche ont vu survenir de l'enflure et une manière de mal blanc qui donna issue à du pus.

S'il s'agit d'une tuberculose de la verge, si la plaie ne cicatrise pas, elle continue à suppurer, devient grisâtre, fongueuse. Puis apparaissent, parfois, après un stade de rougeur et de gonflement, soit de petites ulcérations grisâtres non indurées, soit de petits néoplasmes évoluant vers la caséification, (MM. Lehman, Lindman.)

Mais quel que soit le siège de la plaie, elle peut se cicatriser. Il apparaît alors sur la cicatrice un ou plusieurs nodules durs, qui suppurent, s'ouvrent au dehors, formant une ulcération qui s'agrandira. Parfois, la plaie se rouvre, prenant un aspect torpide (au bout de six semaines. M. Beneke).

Dans le cas d'inoculation par lésions infectieuses de la peau, l'aspect du chancre au début est difficile à préciser, car il est modifié par la lésion sur laquelle il se greffe.

Un caractère doit attirer l'attention : la résis-

tance de ces lésions aux traitements habituels. Il peut s'agir d'un furoncle excorié dont la réparation ne se fait pas, et qui prend l'aspect d'une ulcération violacée à bords décollés suintants (Mme Colin-Le-tailleur).

Dans le cas d'impétigo, sous l'influence du traitement habituel, les lésions régressent. Mais il persiste « une lésion minime recouverte d'une croûte » (MM. Hallé et Garnier) ou une petite plaie (M. Amsler) qui augmentent progressivement. Outre la persistance de la lésion initiale porte d'entrée, on voit celle-ci se modifier, en particulier au niveau des bords qui deviennent violacés, décollés, suintants.

Là encore, dans ce mode d'inoculation, la cicatrisation peut se faire et le chancre apparaîtra ultérieurement. Chez une jeune fille qui avait eu une poussée d'herpès sur la joue, apparurent quelque temps après la disparition de l'éruption, et au même endroit, de petites élevures circulaires, puis d'autres excentriquement, qui s'ulcérèrent en commençant par celles du centre pour former le chancre tuberculeux (M. Craps).

Quel que soit le mode de début, quel que soit le siège de la lésion, celle-ci va évoluer vers la formation d'une ulcération à tendance en général lentement extensive, au moins pendant une partie de l'évolution : le chancre tuberculeux.

L'extension du chancre se fait de proche en proche, par destruction graduelle des bords infiltrés

de granulations tuberculeuses qui s'ulcèrent à leur tour. Ces granulations peuvent apparaître secondairement au fur et à mesure que la lésion progresse. Ou bien, plusieurs petites élevures circulaires apparues, d'autres se développent en dehors de celles-ci. Quand l'extension s'arrête, elles s'ouvrent successivement dans l'ordre d'apparition, laissant après elles des ulcérations, qui s'unissent pour former le chancre. La marche du chancre tuberculeux est en général très lente, demandant plusieurs mois. Mais elle peut être très rapide (MM. Hallé et Garnier).

La lésion constituée, est le plus souvent recouverte d'une croûte noirâtre ou jaune, mais qui peut manquer. La croûte enlevée, l'ulcération apparaît, en général peu profonde, simple érosion même dans quelques cas (M. Rotnes). Cependant, au niveau de l'œil, c'est une véritable lésion destructive (M. Rist).

De forme le plus souvent ovale ou arrondie, quelquefois irrégulièrement étoilée (M. Craps), elle est de 1 cm. en moyenne, mais ses dimensions sont très variables : 7 mm. (M. Siegl), 11 cm. de long, (M. Holt) véritable chancre phagédénique. Deux autres cas de chancre phagédénique ont été signalés : l'un apparu au niveau de la région temporo-malaire, augmenta très rapidement, atteignant l'œil et la conjonctive (MM. Hallé et Garnier) ; l'autre, rapporté par MM. Arluch et Winocouroff où, après une inoculation au cours de la circoncision rituelle, tout le fourreau de la verge fut transformé en une vaste ulcération gagnant le scrotum.

Les bords de l'ulcération sont amincis, de consistance molle, le plus souvent décollés. Ils ont une couleur violacée, cyanotique. Mais ils peuvent n'être ni décollés ni violacés (M. Amsler).

Le fond est soit rouge pâle, mamelonné, peu suintant, soit un peu inégal, tomenteux mais non bourgeonnant, rouge violacé, parfois recouvert de détritits grisâtres ou d'une sécrétion purulente peu abondante (MM. L. Bernard, Lelong, Lamy).

La base est en général souple, non indurée (elle pourrait l'être exceptionnellement, M. Darier). On a cité des cas rares, où le chancre constitué par une simple érosion à base un peu indurée, pourrait simuler d'assez près un chancre syphilitique.

Autour du chancre, on trouve dans la plupart des cas une zone violacée ou livide, plus ou moins étendue, recouverte de petites squames blanches et sèches.

Récemment M. Craps rapporte un cas où l'ulcération était entourée d'une aréole inflammatoire discrète. En dehors de cette aréole se trouvait une zone de peau apparemment saine, large de 1/2 cm, puis un semis de papules miliaires de consistance dure, rose pâle ou grisâtres.

En règle générale, le chancre est indolore, quelquefois cependant assez sensible à la pression.

Beaucoup plus rarement, la lésion revêt l'aspect de tuberculose verruqueuse (MM. Dubreuilh et Auché, Verneuil). Plus récemment MM. Milian et

Delarue rapportent un cas semblable, où la lésion constituée est formée par une plaque jaune cuivrée, avec à sa surface de fines squames blanches, sèches, légèrement papillomateuses et légèrement infiltrées.

Fait capital quel que soit l'aspect de la lésion cutanée, elle s'accompagne toujours d'une adénopathie satellite, élément fondamental du diagnostic de primo infection tuberculeuse de la peau.

Chancre et adénopathie satellite, réalisent au niveau des téguments, le même complexe primaire que l'on trouve dans le thorax, à l'autopsie des nourrissons tuberculeux infectés par voie aérienne. Rappelons à ce propos, que la loi classique de Parrot, dite de « l'adénopathie similaire », formulée pour la lésion pulmonaire, a été récemment battue en brèche, certains auteurs considérant que le chancre d'inoculation pulmonaire, lésion de Kuss Ghon, pouvait manquer, et que la lésion ganglionnaire était primitive. L'étude de la primo inoculation tuberculeuse par voie cutanée, apporte une confirmation à la théorie classique ; dans ces cas, en effet, l'atteinte ganglionnaire est secondaire à la lésion cutanée.

Cette adénopathie apparaît à des dates très variables ; son début est d'ailleurs difficile à préciser. Tantôt son apparition est simultanée à celle du chancre (M. Courtin), tantôt elle se fait quelques jours après (M. Amsler), une semaine (MM. Craps, Siegl), trois semaines (M. Lehman), un mois (MM.

Pellissier-Valtis), six semaines (M. Eve), deux mois (MM. Milian et Delarue, Schiavone).

M. Siegl cite un cas d'adénopathie survenue la première en date, 14 jours après une blessure à la plante du pied, alors que le chancre ne fut remarqué que cinq semaines après l'accident.

Le plus souvent l'ulcération apparaît d'abord et l'adénopathie lui est postérieure. Mais elle coexiste toujours à un certain moment avec le chancre, réalisant le « complexe primaire », caractéristique de l'affection.

Cette adénopathie siège en règle, dans le territoire ganglionnaire correspondant au siège de l'ulcération, mais peut apparaître à distance (M. Stokes).

Elle va présenter tous les caractères habituels de l'adénopathie tuberculeuse et évoluer comme telle.

Dans presque tous les cas, se produit d'abord l'augmentation de volume d'un ganglion dur, indolore, mobile. Puis rapidement, plusieurs sont pris. Et à la période d'état, on est en présence d'une adénopathie volumineuse, prenant souvent une importance prédominante sur la lésion initiale. C'est une masse pouvant faire voussure sous la peau normale à ce stade. Masse irrégulière, constituée par des paquets de ganglions agglomérés, de consistance dure, en général indolores, mais mobile sur les plans profonds et non adhérents à la peau.

L'apparition du chancre et de l'adénopathie, ne

s'accompagne pas d'altération de l'état général, pendant un temps plus ou moins long. Pas de température, pas de perte de poids, et même chez le tout petit la courbe de poids s'élève au début normalement.

Evolution et pronostic:

Localement, l'évolution du chancre se fait en général vers la cicatrisation spontanée, qui commence soit après une longue période où le chancre, après avoir subi un accroissement, est resté stationnaire, soit plutôt dès que le chancre a cessé de s'accroître.

Cette cicatrisation s'effectue lentement, progressivement, peu à peu le fond se comble et la surface s'épidermise, ou bien elle se fait de la périphérie vers le centre.

La cicatrisation complète est une éventualité fréquente ; elle demande des mois : cinq (MM. Fedder, Siegl), six (MM. Bernard, Lelong, Lamy, Mlle Gauthier-Villars).

Elle laisse à sa suite soit une zone violacée ou rosée souple, légèrement squameuse, quelquefois atrophique, au niveau de laquelle on peut voir dans quelques cas des granulations ; soit une cicatrice légèrement déprimée avec une zone périphérique rougeâtre (M. Rotnes). Mais fréquemment, la cicatrisation reste incomplète au bout de plusieurs mois : six dans un cas rapporté par MM. Bernard, Lelong, Lamy, Mlle Gauthier-Villars).

L'adénopathie évolue parallèlement au chan-

cre. Si l'extirpation des ganglions n'a pas été faite, suppuration et fistulisation se produisent fatalement. Plus ou moins rapidement, sans phénomènes inflammatoires, la masse ganglionnaire irrégulière, bosselée, se ramollit par places et devient fluctuante. Progressivement la peau s'infiltré, devient violacée et luisante en même temps qu'elle s'amincit de plus en plus, jusqu'à former une ou plusieurs fistules, donnant issue à du pus grumeleux ou jaunâtre, crémeux.

Cette suppuration apparaît à des dates variables : 3 semaines à plusieurs mois. A moins que, très vite, en quelques jours, la masse ganglionnaire ne revête l'aspect d'une adénite inflammatoire aiguë, déterminant l'incision, et faisant errer le diagnostic comme dans notre cas personnel.

Toujours la suppuration se prolonge, durant des mois, des années même. Mais il n'est pas rare que la cicatrisation se fasse, en laissant une petite cicatrice déprimée violacée, même dans les cas où la suppuration paraissait interminable : 7 mois (Mme Colin-Letailleur), 2 ans (MM. Pehu et Dufour).

Il peut cependant arriver que l'adénopathie régresse sans suppurer, après avoir été longtemps stationnaire (MM. Bernard, Lelong, Lamy). Ultérieurement pourront apparaître de nouvelles poussées ganglionnaires (MM. Pellissier-Valtis).

Même à cette période de fistulisation, l'état général peut rester bon et la guérison survenir : au

bout de 2 ans dans un cas de MM. Pehu et Dufour. Le plus souvent des troubles de l'état général apparaissent : fièvre légère, troubles digestifs d'apparition brusque et sans cause chez le nourrisson, asthénie chez l'adulte, et surtout amaigrissement plus ou moins important mais qui ne manque jamais chez l'enfant. Ces signes traduisent pour une grande part, la dissémination du bacille dans l'organisme. Aussi sont-ils un facteur grave pour le pronostic.

Signalons une complication survenant au cours de l'évolution, et retrouvée dans trois observations récentes : complication oculaire secondaire à un chancre de la face. M. Courtiñ, 4 mois après l'apparition d'un chancre du menton, a vu survenir une conjonctivite aiguë, avec ulcération de la cornée. Deux cas de conjonctivite phlycténulaire survenus 11 jours et 5 mois après un chancre tuberculeux de la lèvre supérieure dans le premier cas, de la joue dans le second, sont relatés par MM. Rotnes et Siegl.

Le pronostic est actuellement encore difficile à fixer. Il y a jusqu'ici peu de cas, souvent mal suivis et pendant peu de temps.

Cependant, il semble bien que, comme pour la contamination par voie aérienne, l'âge de la contamination soit un des facteurs dominants du pronostic.

Chez l'adulte, le chancre tuberculeux ne paraît pas immédiatement grave. Récemment encore, MM.

Rotnes et Craps rapportent chacun un cas de lésion primitive guérie, chez deux femmes de 25 et 30 ans. Chez l'enfant et le nourrisson, la guérison n'est pas exceptionnelle (MM. Bernard, Lelong, Lamy et Mlle Gauthier-Villars, MM. Lesné, Fedder, Siegl).

Quand la mort survient, elle est surtout le fait de typho-bacillose, de granulie, de méningite tuberculeuse.

Il n'existe qu'une statistique valable, et pour le nourrisson. Elle porte sur 46 enfants, inoculés les premiers mois de leur existence, et observés, jusqu'à la fin de la première année. A cette date, 27 étaient vivants, 19 avaient succombé. 8 purent être suivis jusqu'à 6 ans. A cet âge 5 étaient vivants. Dans 11 cas la cause de la mort a pu être déterminée : 5 enfants sont morts de méningite tuberculeuse, 5 à la suite de l'infection secondaire des fistules, un de diphtérie.

La conclusion actuelle est que, dans le cas de tuberculose cutanée apparue dans les premiers mois de l'existence, la mort survient dans 50 % des cas.

Il semble bien que l'inoculation par voie cutanée soit plus grave que l'inoculation par voie habituelle, sans doute parce qu'elle survient surtout chez des enfants très jeunes et qu'elle relève d'inoculations massives.

Ce qui confirme les lois formulées par M. Robert Debré dans le cas d'inoculation par voie pulmonaire.

Diagnostic :

Le diagnostic, étant donné la rareté du chancre cutané tuberculeux, reste difficile, car on ne pense pas souvent en premier lieu à le poser. C'est pourquoi on a pu discuter une infection cutanée à germes banaux : impétigo, eczéma, furoncle, herpès. On conçoit d'ailleurs que le problème soit beaucoup plus difficile, quand l'inoculation a lieu au niveau d'une lésion banale préexistante.

Mais dans tous ces cas, l'évolution torpide, lente, la résistance aux moyens thérapeutiques habituels, doivent attirer l'attention. La syphilis sera quelquefois discutée : non pas tant la gomme syphilitique, ulcération à bords taillés à pic, à fond couleur chair musculaire, ne s'accompagnant jamais d'adénopathie, que le chancre syphilitique (MM. Queyrat et Laroche, M. Wolf).

C'est qu'en effet non seulement le chancre tuberculeux siège fréquemment à la verge, mais aussi parce que, si, en règle générale, il est une ulcération à base non indurée, on sait qu'il peut exceptionnellement se présenter comme une érosion très superficielle, à base un peu indurée. Ces signes, joints à l'adénopathie constante, pourraient prêter à confusion.

Signalons que parfois, comme dans le cas que nous rapportons, l'adénopathie peut prendre un ca-

ractère inflammatoire aigu, et faire se poser le diagnostic d'adénophlegmon ou de chancre mou.

Plus exceptionnellement sera soulevé le diagnostic de gomme sporotrichosique, avec sa traînée lymphangitique et sa réaction ganglionnaire. Le diagnostic sera fait par les inoculations environnantes très fréquentes, l'influence du traitement par l'iodure.

Enfin, si la lésion initiale est passée inaperçue, une adénopathie inguinale froide, pourrait soulever le diagnostic de maladie de Nicolas Favre. Dans ce cas apparaissent de multiples abcès parcellaires, indépendants les uns des autres.

Les examens de laboratoire lèveront le doute. Il est en effet facile de prouver la nature tuberculeuse de la lésion, quelquefois, plus difficile de faire la preuve d'une primo-inoculation.

A l'examen direct du frottis de l'ulcération, il n'est pas rare de mettre en évidence le bacille. On le trouve aussi quelquefois dans le pus ganglionnaire.

La biopsie du chancre, capitale, montre les follicules tuberculeux typiques, avec leur centre caséux entouré de cellules géantes, et leur double couronne de cellules épithélioïdes et lymphoïdes. Il n'est pas rare d'y déceler le bacille de Koch.

Dans le cas de tuberculose verruqueuse, la biopsie peut être moins probante (MM. Milian et Delarue), caractérisée essentiellement par une grosse prolifération épithéliale.

Mais l'inoculation au cobaye avec des fragments de la biopsie, avec le pus ganglionnaire, seront toujours positives.

La cuti-réaction est toujours positive, le plus souvent très forte, phlycténulaire même. Elle a d'autant plus de valeur que l'enfant est plus jeune. Dans l'immense majorité des cas, l'apparition de la cuti-réaction positive est simultanée à celle du foyer tuberculeux initial (MM. Debré, Jacquet et Laplane). Mais dans certains cas on peut observer un retard variable dans l'apparition de la cuti-réaction positive : 3 semaines, 2 mois après l'apparition du chancre (MM. Bernard, Lelong, Lamy, M. Darier). Mais une intra-dermo réaction plus sensible serait dans ces cas à peu près certainement positive.

Le diagnostic de tuberculose posé, un signe permettra d'éliminer facilement les tuberculoses cutanées secondaires, à type verruqueux ou ulcéreux : la présence d'adénopathie qui manque toujours dans ces cas.

Traitement :

Plusieurs traitements ont été préconisés. On a conseillé l'excision de l'ulcère, suivie du curage ganglionnaire. M. Fernbach, dans un cas personnel, aurait obtenu la guérison locale trois mois après l'exérèse chirurgicale.

M. Wolf préconise la radiothérapie, à doses

progressivement croissantes, qui amènerait rapidement la cicatrisation de l'ulcère. En cas d'adénopathie suppurée, il recommande la ponction du ganglion, suivie d'injection de glycérine iodoformée.

M. Stokes, après extirpation du chancre et des ganglions, préconise les applications de radium, associées à l'administration fréquente et prolongée de petites doses de novarsenobenzol.

La galvano cautérisation est conseillée par M. Rist.

A côté de ces traitement locaux, M. Gougerot souligne l'importance du traitement général : le repos, la cure d'air, l'héliothérapie et à son défaut les R. U. V. ; auquel on adjoindra l'administration de médicaments reconstituants, huile de foie de morue, ergostérol irradié.

OBSERVATION PERSONNELLE

Le 15 octobre 1934, entre dans le service de M. le Professeur Debré un enfant de neuf mois, né à terme, pesant 3 kgs 400 à la naissance, nourri au sein jusqu'à cinq mois. Aucun antécédent pathologique jusqu'à l'âge de quatre mois et demi au début de juin 1934.

A cette date, la mère, qui les jours précédents n'avait rien constaté d'anormal chez l'enfant, en particulier elle précise bien qu'il n'existait ni coupure, ni écorchure, ni même de l'érythème fessier, a remarqué en faisant la toilette du bébé, l'existence dans l'aîne gauche d'une petite plaie superficielle, qui était uniquement sur la peau, ne reposant ni sur une base indurée, ni sur un ganglion.

A deux ou trois centimètres au-dessus et en dehors de la plaie, elle remarqua en outre un petit ganglion, gros comme un noyau de cerise.

Ce ganglion grossissant, la plaie augmentant un peu et suppurant, la mère amène l'enfant dans un dispensaire, où on conseille des pansements humides chauds.

Le 11 juillet 1934, donc un mois et demi après l'apparition de la plaie, l'enfant est de nouveau amené au dispensaire, où le médecin note ce jour là un

ganglion inguinal gauche, gros comme une demi-cerise, et au-dessous de ce ganglion, une fissure de quatre à cinq millimètres de long et de un millimètre de profondeur.

La plaie augmentant et suppurant toujours, et surtout le ganglion étant devenu énorme en trois ou quatre jours, augmentation de volume s'accompagnant de douleurs très vives, de température, l'enfant est amené de nouveau au dispensaire le 17 juillet. On note alors une petite ulcération superficielle, sans base indurée, sans ganglion sous-jacent, à bords décollés s'accompagnant d'une adénopathie inguinale énorme.

Devant ces signes, joints à une température élevée, on envoie l'enfant à l'hôpital, où d'aucuns pensent à un chancre mou, mais surtout à un adénophlegmon banal et une incision est pratiquée à la suite de ce diagnostic.

L'examen direct du pus retiré montre une « purée » de bacilles de Koch. Une cuti-réaction faite le 17 juillet était positive, une radioscopie du thorax normale.

L'interrogatoire apprend en outre que la mère a une tuberculose pulmonaire, avec bacille de Koch dans les crachats, reconnue le 6 juin 1934, au moment par conséquent, où est apparue la lésion cutanée chez le nourrisson. Par ailleurs la toilette de celui-ci était faite avec des serviettes éponges servant à la mère.

A l'examen à l'entrée dans le service le 15 oc-

tobre 1934, il existe deux ulcérations : une dans le sillon génito-crural, l'autre au-dessus de celle-ci, en dedans du pli inguinal.

— L'inférieure, plaie primitive, est ovalaire, allongée dans le sillon génito-crural. Ses deux moitiés se recouvrent. Elle mesure un centimètre et demi environ. Le fond est légèrement bourgeonnant, propre, rosé, non suintant, non saignant, les bords ne sont ni décollés, ni surélevés. La base est souple, non indurée, mobile sur les plans profonds. La peau autour de l'ulcération est légèrement érythémateuse.

Cette ulcération paraît en outre tout à fait indolore.

— L'ulcération supérieure, ganglion incisé, est située au-dessus de la précédente en dedans du pli inguinal. Elle est allongée transversalement, longue de un centimètre et demi, et présente un aspect fistuleux. Ses bords sont décollés, et, quand on les écarte, il semble y avoir de part et d'autre d'une cloison transversale, deux orifices fistuleux. Mais l'orifice supérieur est borgne, seul l'inférieur, conduit dans la profondeur. Le fond est grisâtre, suintant. Cette ulcération repose sur une base dure, irrégulière, à laquelle elle adhère.

Par ailleurs, la cuti-réaction est positive. L'enfant est pâle avec une légère cyanose des extrémités et des lèvres. La rate est augmentée de volume. Il existe un signe de Chowsteck. Par contre l'état général est bon, l'enfant pèse 6 kgs 600, il est apyré-

tique, ne présente pas d'adénopathie, en particulier pas de ganglions lombaires perceptibles. L'appareil digestif est normal. L'auscultation des poumons est négative, d'ailleurs une radiographie du thorax ne montre rien d'anormal. Un examen des urines, du sang est normal.

Le diagnostic vraisemblable est celui de tuberculose cutanée d'inoculation. Localement le chancre donne l'impression d'évoluer de façon favorable : pas de bords décollés, tendance à la cicatrisation. Mais malgré l'apyrexie et l'absence de signes pulmonaires, la légère cyanose et l'augmentation de volume de la rate font craindre une généralisation.

C'est à cette période que sont faits les examens de laboratoire que nous verrons plus loin : prélèvements au niveau des ulcérations, biopsie, inoculation au cobaye, lavage d'estomac.

Depuis l'entrée dans le service, l'évolution a été la suivante : pendant les douze premiers jours, du 16 au 28 octobre, localement le chancre a tendance à se cicatriser. L'étendue de l'ulcération diminue, surtout par la commissure inférieure. La température qui s'était maintenue à 37° pendant plusieurs jours, atteint en clocher 38°, sans qu'aucun signe nouveau pulmonaire, méningé, rhino-pharyngé ou digestif apparaisse. La courbe de poids s'élève de 23 grammes par jour en moyenne. Le 28 octobre brusquement, le tableau change : syndrome cholériforme avec diarrhée, vomissements, tempé-

rature à 40°6, chute verticale du poids. Les phénomènes cèdent en quelques jours. Mais les vomissements persistent et du 4 novembre au 29 novembre la température reparait oscillante atteignant 39° et plus. Tous les examens faits alors ont été négatifs, examen du liquide céphalo-rachidien, examen otorhino-laryngologique, examen des urines. La courbe de poids qui après la chute verticale était restée stationnaire, baisse progressivement. L'enfant a maigri de 1 kg 200 depuis son entrée dans le service.

Par contre le 24 novembre la cicatrisation du chancre biopsié est presque complète. La fistule ganglionnaire se comble et diminue. La rate n'augmente pas de volume. Mais l'enfant a un mauvais aspect général.

A partir du 30 novembre la température cède mais l'enfant reste fébrile : température autour de 37°5 avec quelques clochers un peu plus élevés.

Cette rémission de la température, l'absence de troubles digestifs, l'absence de signes radiologiques, joints par ailleurs à une augmentation légère du poids (150 grammes en quatorze jours) pourraient faire penser à une amélioration. D'autant que, localement, la cicatrisation du chancre se complète, et que le placard d'adénopathie sous la fistule qui se comble, diminue beaucoup de volume. Le 14 décembre la plaie inférieure est cicatrisée. La plaie supérieure suppure toujours mais

est moins infiltrée, la rate diminue de volume : il semble bien se produire une amélioration.

Cet état va rester sensiblement stationnaire jusqu'au 30 décembre, avec du 25 au 30 une apyrexie complète, le poids se maintient à 5 kgs 550. Le 30 décembre brusquement, en deux jours, la température s'élève à 40°, des vomissements reparaissent, le poids commence à baisser.

Le 1^{er} janvier avec un brutal clocher à 41°, s'installe un syndrome cholériforme, diarrhée profuse, grande chute de poids (500 grammes).

Et l'enfant meurt le 2 janvier 1935, sept mois après l'apparition du chancre.

Insistons encore sur le fait que pendant cette longue évolution, cet enfant n'a jamais présenté ni signes pulmonaires décelables (treize radiographies successives ont révélé un thorax normal), ni signes méningés : deux ponctions lombaires ont ramené un liquide normal.

EXAMENS ET RECHERCHES COMPLÉMENTAIRES

Ce cas a donné lieu dans le service, à de nombreuses recherches qui ont eu pour but de faire la preuve qu'il s'agissait bien d'une lésion tuberculeuse, qu'il s'agissait bien d'une primo affection.

Cuti-réaction : la première cuti faite au dispensaire le 17 juillet 1934, par conséquent un mois et demi après l'apparition du chancre, était positive.

Depuis, quatre cuti-réactions faites dans le service, se sont naturellement montrées positives. Malheureusement il nous manque d'avoir vu virer la réaction à la tuberculine.

Examen des ulcérations : a) on sait que l'examen du pus ganglionnaire après incision a montré une purée de bacilles de Koch (17 juillet 1934) ;

b) le 16 octobre, on fait un prélèvement, en râclant quelques minimes débris purulents au niveau des deux plaies. L'examen direct ne montre pas de bacilles de Koch, mais simplement de nombreux polynucléaires, des diplocoques et de petits bacilles gram positifs.

Une partie du prélèvement broyé dans du sérum physiologique, estensemencé sur milieu de Lowenstein, et inoculé au cobaye.

Inoculation et ensemencement ont révélé la présence de bacilles de Koch type humain.

Une biopsie est faite sur le chancre le 22 octobre. Un fragment est examiné histologiquement ; un autre broyé dans du sérum physiologique, est inoculé au cobaye.

Examen histologique : l'épiderme apparaît sur nos coupes déformé par une ulcération en cratère. Le derme est infecté par des semis folliculaires, riches en cellules géantes. Le tissu qui entoure ces follicules est déjà pour certains d'entre eux accusé. Ces formations ont tendance par place à se conglo-mérer. Quelques follicules sont nichés en plein dans la couche épidermique. Une réaction inflammatoire assez intense, se développe autour de ces foyers tuberculeux. Les fusées leucocytaires atteignent des groupes de glandes sudoripares.

En résumé : tuberculose épidermo-dermique. On a trouvé des bacilles de Koch dans les follicules (examen fait par M. Normand) ;

— l'inoculation au cobaye a montré que celui-ci, autopsié en mars 1935, avait une tuberculose généralisée.

— trois tubes de Lowenstein sont ensemencés avec un fragment biopsique le 22 octobre 1934. Le 17 décembre 1935, sur les trois tubes : un présente des colonies rugueuses grisâtres.

— Un lavage d'estomac fait le 22 octobre 1934 (par conséquent trois mois avant le décès de l'enfant) permet de retirer sur 25 cc. de liquide de lavage, 1 cc. de crachat ;

— l'examen direct est négatif.

— l'ensemencement du sédiment de centrifugation du lavage d'estomac, traité par l'acide sulfurique et neutralisé par la soude (méthode de MM. Saenz et Costil) a fourni, un mois après, une culture de bacille tuberculeux type humain.

— On prélève le 17 octobre, environ 12 cc. de sang qu'on citrate, qu'on inocule à parties à peu près égales à trois cobayes. Une intradermo-réaction pratiquée sur eux, un mois après l'inoculation, s'est montrée négative. Ils sont vivants actuellement.

A ces examens pratiqués au cours de l'évolution de la maladie, nous avons pu ajouter les résultats de l'autopsie, et des ensemencements faits avec les viscères.

Autopsie : il existe du côté du chancre tuberculeux un gros foyer ganglionnaire : groupe inférieur des ganglions de la chaîne interne, des ganglions iliaques externes, juste derrière l'arcade crurale, avec des ganglions de volume moindre, au niveau du groupe moyen de la chaîne.

Au thorax, il existe une symphyse pleurale tuberculeuse serrée du côté gauche, pleurésie adhésive, avec symphyse pleuro-pariéto-péricardique, avec gros épaissement pleural, et présence de nodules visibles sur la plèvre.

La palpation attentive des poumons ne révèle

pas de foyer de primo-inoculation perceptible. Il n'y a pas d'adénopathie médiastinale, pas de lésions tuberculeuses visibles au niveau des poumons.

Il n'y a pas de symphyse péricardique.

Au niveau de l'abdomen : la rate est tuberculeuse, avec des tubercules sous-péritonéaux. Le foie présente également des tubercules sous-péritonéaux, il existe une périhépatite fibrineuse. Il n'y a pas de granulations péritonéales. Rien à signaler au niveau des reins, des surrénales du cerveau.

Examen histologique des viscères : Le poumon gauche est congestionné, et sur de grandes étendues, en collapsus. Les cavités alvéolaires, non totalement affaissés, sont très souvent remplies d'œdème, mélangé à un certain nombre de macrophages et de cellules desquamées. Certaines bronchioles contiennent du mucopus.

La plèvre, formidablement épaisse, est symphysée, avec des faisceaux de fibres musculaires striées, visibles en certains endroits. Le tissu de symphyse néoformé, fibroïde, fortement vascularisé par places, est occupé par de vastes foyers caséux. La matière qui occupe ces foyers est un peu sèche, granitée, elle est souvent infiltrée par un tissu hyalin. Les réactions périphériques à ces foyers ne sont pas très intenses, les cellules fixes et les éléments mononucléés formant couronne, n'y sont qu'en nombre peu élevé ; cependant, à la périphérie de ces

foyers et dans le tissu symphysaire scléreux, on trouve un certain nombre de semis nouveaux, représentés par des follicules isolés ou conglomérés, presque toujours occupés par de grosses cellules géantes bacillifères ; quelques-uns de ces semis folliculaires ont rompu la limitante élastique viscérale, et commencent à pénétrer dans le parenchyme pulmonaire ; ces pénétrations discrètes ne se trouvent que dans la région sous-pleurale, où le poumon est plus tassé ou condensé que partout ailleurs. Cet aspect rappelle assez bien certaines cortico-pleurites signalées par les auteurs.

Le poumon droit est également congestionné et œdématié. Une recherche très attentive, a permis d'y trouver de très rares nodules tuberculeux situés surtout dans le parenchyme pulmonaire sous-pleural. Les nodules toujours petits, sont dépourvus de cellules géantes, leur centre est caséo-fibreux, avec au pourtour, un tissu épithélioïdes très riche en éléments mononucléés. Certaines bronchioles sont irritées, leur paroi est infiltrée par un nombre de leucocytes trop élevé, ces leucocytes pénètrent dans quelques cloisons intra-alvéolaires qu'ils épaississent. Des réactions alvéolaires catarrhales commencent à s'établir, et à occuper une portion de la lumière de certaines alvéoles.

Ce poumon, très peu touché par la tuberculose, vu dans son ensemble, présente un certain degré d'emphysème. Sa plèvre paraît un peu épaisse, mais

sans réaction inflammatoire notable. La recherche des bacilles de Koch s'est montrée positive, bacilles peu nombreux situés surtout dans les foyers caséeux pleuraux.

La rate est congestionnée, avec de nombreux foyers hémorragiques, qui dilacèrent assez profondément, par places, la pulpe splénique. On trouve dans cette rate, plusieurs nodules tuberculeux fibro-caséeux, avec semis folliculaires giganti-cellulaires périphériques.

Le foie montre presque toutes ses cellules occupées par de nombreuses petites vacuoles ou gouttelettes, donnant à penser à de la graisse. Cet aspect s'accroît au niveau des espaces intralobulaires et parfois centro-lobulaires. On trouve dans ce foie quelques rares nodules tuberculeux, assez riches en cellules géantes.

Le rein présente une néphrite lymphomatueuse légère. Dans toute la région des tubes contournés, le tissu interstitiel est occupé par des dépôts calcaires de différentes tailles, parfois très épais, très denses, parfois représentés par des poussières plus discrètes. Ces formations tout à fait anormales sont intimement incrustées dans la muqueuse conjonctive, elles refoulent certains épithéliums tubulaires, mais ne pénètrent pas dans la cavité tubulaire. La région des tubes droits ne contient pas de ces formations, on en trouve cependant

quelques parcelles au niveau du bassinnet. Pas trace de tuberculose dans ce rein.

Le fragment de la région iléo-cœcale montre une muqueuse intestinale en partie putréfiée, avec une sous-muqueuse très œdématiée. Pas de tuberculose décelable.

Cerveau, méninges : normaux.

Culture des prélèvements viscéraux : ils concordent pour démontrer la dissémination des bacilles : la culture du foie, de la bile, du poumon, de la rate, ont révélé des bacilles de Koch, type humain.

La culture faite avec le cerveau n'a pas poussé.

Dans l'interprétation de ces résultats, il faut faire une restriction sur la valeur des ensemencements de la rate et du poumon, tous les organes prélevés ayant été mis par erreur, dans une même boîte de Pétri. Seule la culture positive du foie conserve toute sa valeur, car on a trouvé des bacilles de Koch dans la bile prélevée aseptiquement.

En résumé, l'étiologie tuberculeuse de cette affection a pu être affirmée du vivant de l'enfant, en dehors de la présence de bacilles de Koch dans le pus ganglionnaire avant l'entrée dans le service.

— par les prélèvements au niveau des ulcérations ;

— par la biopsie sur le chancre ;

— par la culture et l'inoculation du lavage gastrique.

Tous ces examens ont montré l'existence du bacille de Koch type humain.

Après la mort, la culture de la bile prélevée aseptiquement a montré le même germe, ainsi que celle de la rate et du poumon, toutes réserves faites dans ces deux derniers cas d'ailleurs.

Cette dissémination précoce du bacille, malgré l'absence de lésions apparentes au niveau des organes, sans traces d'inoculation pulmonaire, et avec intégrité du cerveau plaide en faveur d'une primo infection.

CONCLUSIONS

Notre observation, rapprochée de celles précédemment décrites, nous a permis de compléter le tableau clinique de la tuberculose cutanée de primo infection.

Elle présente, en effet, quelques points particuliers : non seulement le siège du chancre au pli inguinal, mais encore l'erreur de diagnostic faite au début. Nous avons vu que le diagnostic porté alors, était celui d'adénophlegmon et même de chancre mou.

De plus, l'évolution locale, favorable puisque la cicatrisation des deux ulcérations était complète six mois après le début, n'a pas été, dans ce cas, facteur de bon pronostic.

En outre, les divers examens pratiqués : prélèvements sur les ulcérations, lavage gastrique, cultures et inoculations, auxquels nous avons pu ajouter les constatations nécropsiques, nous ont permis de mettre en évidence la rapidité de la dispersion bacillaire dans l'organisme.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
R. DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND DELILLE et LESOBRE. — Société de Pédiatrie, 19 Mars 1935.
- AMSLER. — Revue de la tuberculose, 8 Octobre 1932, p. 1034.
- BARBIER. — Des portes d'entrée de la tuberculose. Gaz. Méd. Paris, 1888.
- L. BERNARD, M. LELONG et M. LAMY. — Un cas de primo infection par voie cutanée chez le nourrisson avec chancre d'inoculation à la peau. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 22 nov. 1929.
- L. BERNARD, M. LAMY et Mlle P. GAUTHIER-VILLARS. — Une nouvelle observation de tuberculose cutanée primitive. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 21 Mars 1930.
- L. BERNARD, M. LELONG, M. LAMY et Mlle P. GAUTHIER-VILLARS. — La primo infection tuberculeuse par inoculation cutanée. Annales de Médecine. Décembre 1931.
- André BLOCH. — Chancre d'inoculation de la lèvre supérieure Soc. Laryng. des Hôpitaux de Paris, Mai 1934, p. 823.
- James BUCHANAN et Norman CRIKSHANK. — Accidental inoculation with bacillus tuberculosis in a child. The Glasgow Medical Journal, Juin 1930.
- CALMETTE. — Les voies d'infection de la tuberculose. Revue de la tuberculose, 1913, n° 5, 2° série, p. 321.
- L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux (Masson 1920).
- COFFIN. — Société de Pédiatrie de Paris, 20 Novembre 1934.
- H. COLIN-LETAILLEUR. — Le chancre cutané tuberculeux par primo-infection chez l'enfant. Thèse de Paris, 1931.
- COMBE. — La tuberculose du nourrisson (Baillière et Cie, 1917).
- COMBY. — Société de Pédiatrie, 17 Juin 1930.
- COURMONT et LESIEUR. — L'inoculation transcutanée de la tuberculose. Soc. de Biologie, 22 juin 1907.
- COURMONT et Charles ANDRÉ. — Sur la tuberculose cutanée par passage des bacilles tuberculeux à travers la peau. Soc. de Biol., 6 Juillet 1907.

- COURCOUX. — L'infection tuberculeuse par l'œil. *Revue de la tuberculose*, 1929. **Tx.** p. 123.
- COURTIN. — Tuberculose de la cornée, suite d'une atteinte primitive de la peau. *Archives de Méd. des enfants*. Octobre 1934.
- CRAPS. — Un cas d'ulcère tuberculeux primitif aigu. *Le Scalpel*. Avril 1932, p. 421.
- CROS. — De la tuberculose viscérale généralisée consécutive aux tubercules cutanés. Thèse de Toulouse, 1898.
- DIRBYSHIRE. — Sur un cas de tuberculose verruqueuse chez l'enfant. Thèse de Paris, 1928.
- DUBREUILH et AUCHÉ. — De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe. *Archives de Méd. Expér.* 1890.
- P. GARNIER. — Chancre tuberculeux de primo infection chez le nourrisson. *La Pratique Médicale Française*, Sept. 1930.
- GOUGEROT. — Traitement général des tuberculoses et tuberculides cutanées. *Bulletin général de Thérapeutique*, Oct. 1927, p. 337.
- J. HALLÉ. — Société de Pédiatrie de Paris, Avril 1930.
- J. HALLÉ et GARNIER. — Chancre tuberculeux de la joue. *Soc. de Pédiatrie*, 29 Avril 1930.
- HANOT. — Etude de la tuberculose cutanée. *Archives de Physiologie*, 1886, T. II.
- G. HUTINEL, MARGERIDON et Mme COLIN-LETAILLEUR. — Primo inoculation tuberculeuse cutanée et adénite suppurée inguinale bacillifère. *Soc. Pédiatrie de Paris*, 17 Juin 1930.
- J. HUTINEL et Mme COLIN-LETAILLEUR. — Le chancre cutané tuberculeux par primo inoculation chez l'enfant. *Bull. Méd.*, 7 Nov. 1931.
- LEFÈVRE. — Sur la tuberculose par inoculation cutanée. Thèse de Paris, 1888.
- A. LEMIERE et L. KINDBERG. — Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte consécutive à une inoculation cutanée. *Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux*. 4 Avril 1934.
- E. LESNÉ. — Soc. de Pédiatrie de Paris, 17 Juin 1930.
- MARTIN DEUTSCH. — Contribution à l'étude de la primo infection tuberculeuse par inoculation cutanée. Thèse de Paris, 1930.
- MASSOT et MABIN. — Un cas de primo inoculation tuberculeuse de la peau chez l'adulte. *Soc. de Dermatologie et Syphil.*, 8 février 1934.

- MIGET et ODINET. — Le chancre cutané de primo infection tuberculeuse. *Gaz. Méd. de France*, 15 Juillet 1933.
- MILIAN et DEJARUE. — Chancre tuberculeux chez un nourrisson. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, 1927.
- PEHU et DUFOURT. — Tuberculose médicale de l'enfance. (G. Doin et Cie, 1927).
- PELLISSIER et VALTIS. — Un cas d'infection tuberculeuse humaine à porte d'entrée oculaire. *Revue de la tuberculose*, 1929, p. 118.
- QUEYRAT et LAROCHE. — Tuberculose ulcéreuse du pouce prise pour un chancre syphilitique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 5 juin 1908.
- RIBADEAU-DUMAS. — *Traité de Pathologie Médicale*, T. XVII.
- RIST. — Les localisations extrapulmonaires de la tuberculose. *Revue de la Tuberculose*, 1922, p. 223.
- RIST et CHAILLOUS. — Un cas de tuberculose primitive de la conjonctive. *Revue de la Tuberculose*, 1923, p. 173.
- ROTNES. — Le complexe primaire tuberculeux cutané chez un adulte. *Dermat. Wochenschr.* Nov. 1932, p. 1605.
- SEVESTRE. — Deux cas de tuberculose cutanée chez les enfants. *Soc. de Dermat.* 11 Avril 1890.
- SIEGL. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée de l'enfance. *Beitr. z. Klin. der Tuberk.* Juillet 1933, p. 581.
- VERCHÈRES. — Morsure par un sujet tuberculeux. *Etudes expérimentale et clinique sur la Tuberculose*. 1887.
- ZARUBIN. — Contribution à l'étude de la tuberculose consécutive à la circoncision rituelle. *Dermat. Wochenschr.*, 6 Juillet 1929.

